

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ  
Первый заместитель Министра  
 Д.Л.Пиневич  
08.06.2012  
Регистрационный № 075 - 0512

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ  
ПРИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ГЕПАТОПАТИЯХ В III ТРИМЕСТРЕ

Инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

АВТОРЫ:

Хворик Н.В.,

д.м.н., профессор Цыркунов В.М.

Гродно, 2012

Инструкция разработана с целью оптимизации тактики ведения беременных с выявленной во время беременности неинфекционной патологией печени, профилактики осложнений гестационного процесса, пролонгирования беременности до биологической зрелости организма женщины к родам. Метод может быть применен для коррекции выявленных нарушений функции печени неинфекционного происхождения при беременности в акушерских стационарах республиканского, областного и районного уровней.

## ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Для реализации метода необходимо следующее оборудование и расходные материалы:

- иммуноферментный анализатор для определения маркеров вирусных гепатитов;
- биохимический анализатор для определения основных показателей патогенетических синдромов нарушения функции печени (цитолитического, холестатического, гепатодепрессивного);
- электрофоретическая система для определения фракций липопротеидов сыворотки крови ( $\alpha$ -липопротеиды и  $\beta$ -липопротеиды);
- ультразвуковое исследование (УЗИ) органов гепатобилиарной системы, плода, плаценты, доплерометрия;
- фетальный кардиомонитор;
- лекарственные средства для коррекции нарушений функции печени.

## ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Диагностика неинфекционных гепатопатий, тактика ведения беременности, профилактика осложнений гестационного процесса в III триместре беременности.

## ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

Отсутствуют.

## ТЕХНОЛОГИЯ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА

### Этапы ведения III триместра беременности

**I ЭТАП (догоспитальный/госпитальный) – диагностика неинфекционной гепатопатии в III триместре беременности.** Включает в себя определение и трактовку синдромов и признаков:

- исключение инфекционной гепатопатии (отсутствие характерного эпидемиологического, парентерального, полового анамнезов, маркеров вирусов гепатита В, С, цитомегаловируса и других);
- признаки цитолитического синдрома: повышение активности аланинаминотрансферазы (АлАТ), аспартатаминотрансферазы (АсАТ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ) выше допустимой физиологической нормы;
- признаки холестатического синдрома: зуд кожи, повышение выше допустимой физиологической нормы активности щелочной фосфатазы (ЩФ), гаммаглутамилтранспептидазы (ГГТП), увеличение показателей билирубина, триглицеридов, холестерина,  $\beta$ -липопротеидов (примечание: при физиологическом течении беременности из печеночных ферментов может быть увеличена только ЩФ; значительное повышение ЩФ может происходить за счет плацентарной ее фракции при развитии фетоплацентарной недостаточности);
- признаки гепатодепрессивного синдрома: снижение по сравнению с физиологическими нормами содержания общего белка, альбумина, протромбина в сыворотке крови, а также удлинение активированного частичного тромбопластинового времени, тромбоцитопения.

**II ЭТАП (госпитальный) – оценка степени тяжести гепатопатии в III триместре беременности.** Осуществляется индивидуально у каждой беременной по сумме баллов, набранных в соответствии с приведенными в таблице факторами риска и показателями.

**Индивидуальная шкала оценки степени тяжести гепатопатии**

<b>Факторы риска, показатели</b>	<b>Баллы</b>
Прием оральных контрацептивов до беременности > 6 месяцев	1
Заболевания сердечно-сосудистой системы в сочетании с нарушением жирового обмена	1
Заболевания ГБС и/или ЖКТ	1
Беременность в результате ЭКО	1
Зуд кожи при предшествующих беременностях, у матери, сестры.	2
<b>Многоплодная беременность</b>	
- да	1
- нет	0
<b>Кожный зуд</b>	
Эпизодический	1
Зуд кожных покровов при нормальной активности АлАТ	2
Генерализованный, с нарушением сна	2
Интенсивный, нестерпимый	3
<b>Гестоз</b>	
Легкой степени	1
Средней степени	2
Тяжелой степени	3
<b>Уровень тромбоцитов, <math>\times 10^9/\text{л}</math></b>	
>140	0
<140	2
<b>Содержание общего билирубина в крови, мкмоль/л</b>	
- до 21,0	0
- 21,1-30,0	2
- 30,1 и более	3
<b>Активность АлАТ, Ед/л</b>	
- до 90	1
- 91-150	2
- 151 и выше	3
<b>Активность ЛДГ, Ед/л</b>	
-до 450	0
-451 и выше	2
<b>Липопротеидные фракции</b>	
Соответствуют установленным нормам	0
Увеличение $\beta$ -липопротеидов свыше 80%	1
Снижение $\alpha$ -липопротеидов < 15%	1
<b>Уровень ЖК, мкмоль/л</b>	
- до 10,0	0
- 10,1-25,0	1
- 25,1 и выше	2
<b>Сумма баллов</b>	

***Степень тяжести гепатопатии оценивается по сумме баллов:***

I степень тяжести (легкая) гепатопатии (1-4 балла): характеризуется транзиторными изменениями показателей функционального состояния печени или тенденцией к восстановлению функции печени на фоне проводимой метаболической терапии.

II степень тяжести (среднетяжелая) гепатопатии (5-9 баллов): характеризуется постоянными изменениями лабораторных показателей до момента родов, несмотря на проводимую терапию.

III степень тяжести (тяжелая) гепатопатии (10 баллов и выше): характеризуется стойкими и/или нарастающими изменениями биохимических показателей во время беременности при проведении метаболической терапии и сохранением их после родов.

**III ЭТАП: тактика ведения беременных**

**Схема № 1:** при выявлении в III триместре беременности изменений функционального состояния печени, соответствующих *легкой степени* тяжести гепатопатии женщине показаны:

- госпитализация в акушерский стационар II или III уровня;
- повторное исследование крови на маркеры вирусных гепатитов;
- консультации инфекциониста, терапевта, хирурга (по показаниям);
- УЗИ внутренних органов, гепатобилиарной системы.

При отрицательных результатах на маркеры вирусных гепатитов и исключении острой хирургической патологии проводится:

- диетотерапия, стандартная терапия гепатопротекторами (эссенциале, хофитол), инфузионная метаболическая терапия, направленная на лечение нарушений функционирования фетоплацентарного комплекса (по данным УЗИ, доплерометрии, кардиотокографии);

- мониторинг (повторное лабораторное исследование) проводится через 7-10 дней при отсутствии ухудшения общего состояния беременной:

общий анализ крови, мочи, общий билирубин, фракции, АлАТ, АсАТ, ГГТП, ЩФ, ЛДГ, общий холестерин, мочеви́на, креатинин, глюкоза, коагулограмма.

После выписки из стационара лечение продолжается в амбулаторных условиях согласно протоколам ведения и лечения.

Плановая госпитализация показана в срок 37-38 недель беременности. Родоразрешение при удовлетворительном состоянии женщины и плода проводится в сроке доношенной беременности.

**Схема № 2:** при выявлении в III триместре беременности изменений функционального состояния печени, соответствующих средней степени тяжести, женщине показаны:

- госпитализация в акушерский стационар III уровня;
- повторное исследование крови на маркеры вирусных гепатитов;
- консультации инфекциониста, терапевта, хирурга (по показаниям);
- УЗИ внутренних органов, гепатобилиарной системы.

При отрицательных результатах на маркеры вирусных гепатитов и исключении острой хирургической патологии проводится:

- диетотерапия, терапия гепатопротекторами (эссенциале, хофитол), инфузионная метаболическая терапия, направленная на лечение и/или профилактику нарушений функционирования фетоплацентарного комплекса (по данным УЗИ, доплерометрии, кардиотокографии);

- препараты урсодезоксихолевой кислоты из расчета 10 мг/кг/сут;
- мониторинг лабораторных показателей проводится через 5-7 дней при отсутствии ухудшения состояния беременной и/или плода.

После курса терапии в условиях стационара, при удовлетворительном состоянии женщины, отсутствии ухудшения функционального состояния печени, нормальных показателях коагулограммы, удовлетворительном состоянии плода по данным УЗИ, доплерометрии, кардиотокографии возможно продолжение терапии в амбулаторных условиях, согласно протоколам ведения и лечения.

Плановая госпитализация показана в 36 недель беременности. Родоразрешение при удовлетворительном состоянии женщины и плода проводится в сроке доношенной беременности – 38 недель.

**Схема № 3:** при выявлении в III триместре беременности изменений функционального состояния печени, соответствующих тяжелой степени тяжести гепатопатии, женщине показаны:

- госпитализация в акушерский стационар III уровня;
- повторное исследование крови на маркеры вирусных гепатитов;
- консультации инфекциониста, терапевта, хирурга и реаниматолога (по показаниям);
- УЗИ внутренних органов гепатобилиарной системы;
- диетотерапия, терапия гепатопротекторами (эссенциале, хофитол), инфузионная метаболическая терапия, направленная на лечение и/или профилактику нарушений функционирования фетоплацентарного комплекса (по данным УЗИ, доплерометрии, кардиотокографии);
- обязательное включение в терапию препаратов урсодезоксихолевой кислоты из расчета 10 мг/кг/сут;
- лечение проводится в условиях стационара до момента родоразрешения;
- мониторинг лабораторных показателей проводится через 3-5 дней при отсутствии ухудшения состояния беременной и/или плода.

Родоразрешение при удовлетворительном состоянии женщины и плода проводится в сроке доношенной беременности – 38 недель. При ухудшении клинико-лабораторных показателей и/или состояния плода показано досрочное родоразрешение.

**Схема № 4: досрочное родоразрешение.** Проводится при наличии следующих проявлений:

- гепатопатия тяжелой степени тяжести с ухудшением биохимических показателей и прогрессированием коагулопатии;
- гестозы с нарушением функции печени, не поддающиеся медикаментозной коррекции;
- тяжелые формы гестозов с нарушением функции печени при безуспешности проведения интенсивной терапии в течение 3-12 часов;
- декомпенсация фетоплацентарной недостаточности на фоне нарушения функции печени (по данным УЗИ, доплерометрии, кардиотокографии);
- сочетание комплекса клинических симптомов (слабость, тошнота, нарастающая изжога, рвота «кофейной гущей», чувство дискомфорта или боли в животе, желтуха, энцефалопатия, не приводящая к утрате сознания, олигоанурия) с изменениями лабораторных показателей (гипербилирубинемия, повышение активности АлАТ в 3-10 раз, лейкоцитоз, тромбоцитопения, гипопроteinемия, гипогликемия, повышение уровня мочевины и креатинина, снижение протромбинового индекса).

**Диспансеризация** женщин в послеродовом периоде, имевших признаки гепатопатии в III триместре беременности, осуществляется гастроэнтерологом (гепатологом) по месту жительства после выписки из акушерского стационара.

#### ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК

Проявления побочных эффектов используемых лекарственных средств – в соответствии с инструкциями по применению соответствующих лекарственных средств.



название	УТВЕРЖДАЮ	
	Главный врач	
учреждения		И.О.Фамилия
здравоохранения	_____201_____ МП	

### А К Т

учета практического использования инструкции по применению

#### 1. Инструкция по применению:

2. Утверждена Министерством здравоохранения Республики Беларусь № \_\_\_\_\_

3. Кем предложена разработка: сотрудниками кафедры \_\_\_\_\_

Учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет»:

4. Материалы инструкции использованы для \_\_\_\_\_

5. Где внедрено: \_\_\_\_\_

подразделение и название учреждения здравоохранения

6. Результаты применения метода за период с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_  
общее кол-во наблюдений «\_\_\_\_»  
положительные «\_\_\_\_»  
отрицательные «\_\_\_\_»

7. Эффективность внедрения (восстановление трудоспособности, снижение заболеваемости, рациональное использование коечного фонда, врачебных кадров и медицинской техники) \_\_\_\_\_

8. Замечания, предложения: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_201\_\_\_\_ Ответственные за внедрение

Должность	подпись	И.О.Фамилия
-----------	---------	-------------

Примечание: акт о внедрении направлять по адресу:  
Кафедра \_\_\_\_\_  
УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
ул.Горького, 80  
230009, г.Гродно

Репозиторий ГРГМУ

Научное издание

**Хворик** Наталья Валерьевна  
**Цыркунов** Владимир Максимович

**ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ  
ПРИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ГЕПАТОПАТИЯХ В III ТРИМЕСТРЕ**

Инструкция по применению

Ответственный за выпуск В.В.Зинчук

Компьютерная верстка А.В.Яроцкая  
Корректор Л.С.Засельская

Подписано в печать 30.06.2012. Формат 60х84/16. Бумага офсетная.  
Гарнитура Таймс. Ризография.  
Усл. печ. л. 0,7. Уч.-изд. л. 0,33. Тираж 50 экз. Заказ 171.

Издатель и полиграфическое исполнение  
учреждение образования  
«Гродненский государственный медицинский университет».  
ЛИ № 02330/0548511 от 16.06.2009. Ул. Горького, 80, 230009, Гродно.

Репозиторий ГрГМУ